

# Antrag zur Erteilung einer Befugnis für die Facharztweiterbildung Öffentliches Gesundheitswesen

Weiterbildungsbefugnis beantragt ab: \_\_\_\_\_

davon 12 Monate an einem Gesundheitsamt:  ja  nein

## 1 Angaben zum Antragsteller

Bitte fügen Sie dem Antrag Ihren beruflichen Werdegang als Anlage bei!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Dienststellung: Amtsarzt seit \_\_\_\_\_  
sonstiges z.B. Angestellter \* seit \_\_\_\_\_  
fachkundiger Vertreter des Weiterbildungsbefugten \_\_\_\_\_

Können Sie eine Weiterbildung in Vollzeit gewährleisten?  ja  nein  
wenn nein, bitte Angabe der Teilzeit in h/Woche: \_\_\_\_\_

\* Bitte Befürwortung des Leiters / Praxisinhabers als Anlage beifügen!

Qualifikationen:	Facharzt	_____	seit _____
		_____	seit _____
	Zusatz- bezeichnung	_____	seit _____
		_____	seit _____
	Sonstige Anerkennungen	_____	seit _____
		_____	seit _____

## 2 Standort der Weiterbildungsstätte

Einrichtung \* \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

\* Bitte ggf. Praxisbeschreibung mit Grundriss der Praxis als Anlage beifügen!

Angaben zur Einrichtung:

Gesundheitsamt  Sonstiges:

Einrichtung öffentliches Gesundheitswesen \_\_\_\_\_

Zweigstelle: \_\_\_\_\_ Zweigstelle: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### 3 Beruflicher Werdegang des Antragstellers

(einschließlich Angaben zur Teilnahme an Fortbildungen in den letzten 5 Jahren und Sonstiges) Bitte als Anlage beifügen.

### 4 Angaben zur Weiterbildungsstätte

#### Personelle Besetzung der Weiterbildungseinrichtung

Sind alle genannten Mitarbeiter unter Ihrer Leitung tätig?

ja  nein

Sind alle hier aufgeführten Mitarbeiter unmittelbar in der unter Punkt 1. angegebenen Weiterbildungsstätte (d. h. Ihrem Dienstsitz tätig?) ggf. als Anlage beifügen

ja  nein

#### 4.1 Ärztinnen/Ärzte

Angabe  
Einsatzort(e) der Ärzte/ Ärztinnen:

Gesamt          /           
VK Personen

mit Facharztanerkennung          /           
VK Personen

mit Anerkennung Zusatzbezeichnung          /           
VK Personen

in Weiterbildung          /           
VK Personen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 4.2 Akademische Mitarbeiter

Gesamt          /           
VK Personen

mit Fachrichtung \_\_\_\_\_          /           
VK Personen

mit Fachrichtung \_\_\_\_\_          /           
VK Personen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 4.3 Nichtärztliche Mitarbeiter

Gesamt          /           
VK Personen

### 5 Fort- und Weiterbildung für den WBA

regelmäßige Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen

ja  nein

Freistellung für die Teilnahme an Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen

ja  nein

Fortbildungsmöglichkeiten innerhalb der Weiterbildungsstätte im letzten Jahr

ja  nein

wenn ja, welche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fortbildungsmöglichkeiten außerhalb der Weiterbildungsstätte

ja  nein

wenn ja, welche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sicherung von Rotationen/Hospitationen

ja  nein

wenn ja, welche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 6 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen  ja  nein

wenn ja, welche

intern

extern


## 7 Gegliedertes Programm für die Weiterbildung

Das Weiterbildungsprogramm ist die individuelle Umsetzung der gemäß Weiterbildungsordnung geforderten Weiterbildungsinhalte in einen konkreten internen Ablaufplan für den Arzt in Weiterbildung in seiner Weiterbildungsstätte. In welchen Weiterbildungsabschnitten werden welche Weiterbildungsinhalte unter Ihrer Leitung dem Arzt in Weiterbildung vermittelt? Dieses gegliederte Programm ist dem Arzt in Weiterbildung gemäß § 5 Abs. 6 der WBO auszuhändigen und diesem Antrag beizufügen.

## 8 Kognitive und Methodenkompetenzen/Handlungskompetenzen

Zur Beurteilung Ihres Antrages ist es erforderlich, die tatsächlich an Ihrer Weiterbildungsstätte vermittelbaren Kompetenzen nach der WBO 2020 zu erfassen. Bitte füllen Sie daher die Anlage 1 zum Antrag aus.

### Haben Sie beigefügt?

Bitte beachten Sie, dass aus allen Anlagen die Bezeichnung der Weiterbildungsstätte hervorgeht (Kopfbogen bzw. Stempel auf jeder Seite)!

- Anlage 1: Kognitive und Methodenkompetenz/Handlungskompetenz
- Anlage 2: Beruflicher Werdegang
- Anlage 3: fachspezifische Geräteliste
- ggf. Sachbericht
- ggf. Praxisgrundriss
- ggf. Befürwortung des Leiters der Einrichtung

- Ehrenerklärung

Lt. Beschluss der Kammerversammlung vom 04.12.2021 sind Personen ab Jahrgang 1975 von der Verpflichtung zur Abgabe der Ehrenerklärung befreit.

- Ehrenerklärung liegt bereits vor

Die Ehrenerklärung der LÄKB muss in ihrer bestehenden Form nicht wiederholt werden.

Kontaktdaten:

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# EHRENERKLÄRUNG

Ich versichere, zu keinem Zeitpunkt als offizieller oder inoffizieller Mitarbeiter für das Ministerium für Staatssicherheit bzw. das Amt für Nationale Sicherheit der DDR gearbeitet zu haben.

Ich verpflichte mich, auf Anforderung bei der zuständigen Behörde eine mögliche Zusammenarbeit mit o. g. Institution überprüfen zu lassen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Stempel